FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

19

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André LEVY

NE LE 12 AVRIL 1945 A MARRAKECH (MAROC)

Presentée et soutenue publiquement le 1973

ETUDE DU LIQUIDE CEPHALORACHIDIEN DANS LES PARALYSIES FACIALES PERIPHERIQUES ACQUISES ET ISOLEES DE L'ENFANT

PRESIDENT : MONSIEUR R. LAPLANE, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

Année 1973 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André LEVY

NE LE 12 AVRIL 1945 A MARRAKECH (MAROC)

Presentée et soutenue publiquement le 1973

ETUDE DU LIQUIDE CEPHALORACHIDIEN
DANS LES PARALYSIES FACIALES
PERIPHERIQUES ACQUISES ET ISOLEES
DE L'ENFANT

PRESIDENT : MONSIEUR R. LAPLANE, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents

A mes frères

A tous mes amis

A ma femme, Viviane

A mes enfants Hélène et Frédéric

A Monsieur le Professeur R. LAPLANE
Professeur de Clinique Pédiatrique
à la Faculté de Médecine Saint Antoine

en le remerciant respectueusement
d'avoir accepté de présider cette
thèse.

A Monsieur le Professeur P. MILLIEZ
Doyen du CHU Broussais - Hôtel Dieu

pour une certaine image de la
Médecine.

A Monsieur le Professeur G. LASFARGUES
Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris

sous l'égide de qui j'ai fait ce travail et qui m'a chaleureusement accueilli dans son service.

Qu'il trouve ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BOISSINOT
Chef de clinique à la Faculté
de Médecine de Paris

dont la présence chaleureuse,
les conseils m'ont guidé au fil
des mois.

A tous les Chefs de Service dont j'ai été l'externe :

Monsieur le Professeur Ag. TRICOT

Monsieur le Professeur BONFILS

Monsieur le Professeur MAURICE

Monsieur le Professeur POILLEUX

Monsieur le Professeur BILSKI - PASQUIER

Monsieur le Docteur CHARTIER

Monsieur le Professeur LAPLANE

I - INTRODUCTION

II - Rappel

1) Anatomique
2) Clinique
3) Etiologie
4) LCR normal chez l'enfant.

III - Quelques observations de paralysie faciale périphérique acquise de l'enfant avec étude du LCR.

IV - Discussion

V - Conclusion

VI - Bibliographie

INTRODUCTION

Le but de ce mémoire est d'étudier les modifications du LCR dans les paralysies faciales périphériques acquises et isolées de l'enfant.

Cette étude est souvent négligée dans cette affection qui entre presque toujours dans le cadre des paralysies faciales dites "a frigoré".

Notre travail repose sur l'examen de 40 observations de paralysie faciale d'enfants hospitalisés à l'hôpital Trousseau entre 1958 et 1972. Mais, 25 observations seulement comportent une étude du LCR.

Nous nous proposons de dégager la fréquence, la nature et la signification étiologique des modifications du LCR au cours de ces paralysies faciales acquises et apparemment isolées de l'enfant.

Nous n'aborderons pas le chapitre des paralysies faciales congénitales où le LCR est toujours normal et dont l'évolution est habituellement stationnaire.

R A P P E L

I - Anatomie

Le nerf facial proprement dit est moteur. Il assure la motricité des muscles peauciers de la face. Il a deux neurones successifs :

- le neurone central partant de la frontale ascendante et se terminant dans le noyau du nerf facial (qui siège dans la protubérance) où il s'articule avec le corps cellulaire du
- deuxième neurone dont le prolongement axonique forme le tronc du nerf facial.

Le tronc du nerf a un trajet complexe intracrânien puis intrapétreux (rapports intimes avec l'oreille moyenne et interne).

Le nerf sort du crâne par le trou stylo-mastoïdien et après un trajet dans la loge parotidienne se divise en deux branches (supérieure et inférieure).

Au nerf facial (VII) se joint le VII bis qui est formé de fibres sensitives (du conduit auditif externe, coque du pavillon, peau retroauriculaire) et de fibres sensorielles (fibres gestatives des 2/3 antérieurs de la langue).

Enfin, des fibres végétatives (provenant du noyau lacrymal et salivaire supérieur) empruntent aussi le trajet du nerf.

II - Clinique

La paralysie faciale périphérique est une paralysie globale du nerf facial portant sur le facial supérieur et sur le facial inférieur.

Dans les formes typiques, d'un seul et même côté, on note que :

- les rides du front sont effacées et le malade ne peut ni relever le sourcil, ni plisser le front.
- la paupière inférieure est flasque et aversée, le malade ne peut pas fermer l'oeil (signe de Charles Bell).
- les muscles de la joue sont flasques et le malade ne peut gonfler la joue paralysée.
- le sillon naso-genien et le pli de la commissure sont effacés.
- la bouche est attirée du côté sain.

Lorsque la paralysie est discrète, elle peut passer inaperçue au repos, mais la mimique démasque aussitôt l'asymétrie.

Son évolution dépend de l'étiologie.

III - Etiologie

A. - Causes traumatiques.

1 - avant tout : la fracture du rocher

2 - ailleurs :

- interventions chirurgicales sur le rocher, la mastoïde, la parotide.
- forceps (nouveau-né).

B. - Causes infectieuses.

1 - Otites

2 - Zona

3 - Méningites

C. - Causes tumorales.

1 - neurinome du VII

2 - tumeur de la parotide

D. - Causes neurologiques.

1 - Guillain - Barré

2 - Sclérose en plaques

3 - Millard - Gubler

E. - Autres causes.

1 - diabète

2 - intoxication par CO

3 - congénitales

F. - Mais la plus souvent la paralysie faciale périphérique est isolée et aucune cause n'est retrouvée, elle est dite "a frigoré".

IV - Le LCR normal chez l'enfant.

- liquide : clair, eau de roche
- éléments : inférieurs à 5/mm
- albumine : inférieure à 0,30g/l (pouvant atteindre 1g/l chez le prématuré)
- sucres : 0,50g/l
- chlorures : 6 à 7g/l
- bactériologie : stérile

Quelques observations de paralysie faciale périphérique acquise et isolée de l'enfant avec étude du LCR.

I - Patrick M..... 4 ans, 1956

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- installée brutalement au décours d'un court épisode infectieux ORL
- Céphalées - Myalgies
- examen neurologique : normal
- absence de vaccination anti-polio
- virus polio I retrouvé dans les selles

LCR :

- liquide : hématique
- éléments : 95/mmcc
- albumine : 0,90g/l
- sucres : 0,71g/l
- chlorures : 7,27g/l
- examen bactériologique : négatif
- culot : grandes cellules mononuclées, quelques lymphocytes, quelques polynucléaires altérés.

Evolution : Paralysie de récupération très lente.

Diagnostic : Polio ?

2 - Michel S..... 15 ans, 1957

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- contexte fébrile
- syndrome douloureux local
- examen ORL normal
- enquête virologique négative

LCR :

- liquide : légèrement louche
- éléments : 51/mmcc
- albumine : 0,20g/l
- sucres : 0,60g/l
- chlorures : 7,25g/l
- bactériologie : négative
- culot : grandes cellules mononuclées

Evolution : très progressivement favorable sous corticoïdes.

Diagnostic : Méningite.

3 - Alain N..... 12 ans, 1958

Paralysie faciale périphérique droite.

Signes associés :

- précédée d'un syndrome infectieux
- examen ORL normal
- enquête virologique : négative
- isolée.

LCR.

- liquide : clair
- élément : 2,8/mmcc
- albumine : 0,20g/l
- sucres : 0,66g/l
- chlorures : 7,20g/l
- bactériologie : négative.

Evolution : Régression lente en 4 mois.

Diagnostic: a frigoré ?
méningite ?

4 - Dominique F..... 3 ans, 1958

Paralysie faciale périphérique droite

Signes associés :

- terrain : otites et angines à répétition
- précédée d'une angine
- pas de vaccination antipolio
- virus polio III dans les selles.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 5/mmcc
- albumine : 0,25g/l
- sucres : 0,60g/l
- chlorures : 7,25g/l

Evolution : stationnaire

Diagnostic : poliomyélite.

5 - Sandra G..... 5ans, 1958

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- syndrome méningé
- syndrome encéphalitique
- pas de vaccination antipolio
- virus polio I dans les selles.

LCR et son évolution :

liquide	éléments/ mmcc	albumine g/l	sucres g/l	chlorures g/l	bactério-logie	culot
clair	28	0,25	0,85	7,05	-	cellules mononuclées, lymphocytes
clair	45	0,35	0,60	6,90	-	cellules mononuclées, lymphocytes

Evolution :stationnaire

Diagnostic :polio bulbaire

6 - Stéphane J..... 11 ans, 1960

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- isolée
- pas de vaccination antipolio
- virus polio I dans les selles
- sérologie ourlienne positive.

LCR et son évolution :

liquide	éléments/ mmcc	albuminurie g/l	sucres g/l	chlorures g/l	bactériologie	culot
légèrement louche	398	1,20	0,48	6,84	-	grandes cellules mononuclées lymphocytes Polynucléaires + altérés.
clair	499	1,50	0,70	6,96	-	idem
clair	386	1,40	0,58	6,96	-	idem
clair	415	1,60	0,50	6,90	-	idem
clair	195	1,60	0,48	7,08	-	idem
clair	73	0,80	0,55	7,10	-	qques cellules mononuclées qques lymphocytes.

Evolution : Méningite trainante
régression très lente de la paralysie faciale.

Diagnostic: Méningite curlienne.

7 - Eliane F..... 3 ans, 1960

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- apparue 10 jours après une rhinopharyngite traitée, et un jour après un traumatisme crânien sans fracture.
- isolée
- E.E.G. : normal
- enquête virologique : négative.

LCR et son évolution :

liquide	éléments/ mmcc	albumine g/l	sucres g/l	chlorures g/l	cytobactérie	culot
clair	1,4	0,20	0,55	7,34		
clair	2	0,20	0,52	7,20		

Evolution : régression lente

Diagnostic : "a frigoré".

8 - Alain M..... 11 mois, 1961

Paralysie faciale périphérique droite.

Signes associés :

- terrain : rhinopharyngites fréquentes
- isolée

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 3,2/mmcc
- albumine : 0,20g/l
- sucres : 0,60g/l
- chlorures : 6,23g/l

Evolution : régression lente.

Diagnostic : "a frigoré".

9 - Patrick J..... 2 ans, 1962

Paralysie faciale périphérique gauche

Signes associés :

- angine pultacée
- hépatosplénomégalie
- NFS avec éléments bleutés
- mise en évidence tardivement d'une otite gauche par paracenthèse systématique.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 1/mmcc
- albumine : 0,10g/l
- sucres : 0,50g/l
- chlorures : 7,02g/l
- bactériologie : négative

Evolution : favorable

Diagnostic : otite.

10 - Solange G..... 6 ans, 1962

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- isolée
- enquête virologique : négative

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 1/mmcc
- albumine : 0,20g/l
- sucres : 0,60g/l
- chlorures : 7,02g/l
- bactériologie : négative

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : "a frigoré".

11 - Michel S..... 2 ans, 1962

Paralysie faciale périphérique droite.

Signes associés :

- terrain : Rhinopharyngites fréquentes.
- hypersalivation
- enquête virologique : positive.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 0,4/mmcc
- albumine : 0,20g/l
- sucres : 0,40g/l
- chlorures : 7,05g/l

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : "a frigoré".

12 - Gilles M..... 4 ans, 1964

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- ROT vifs, polycinétiques et diffusés aux deux membres inférieurs.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 1,2/mmcc
- albumine : 0,25g/l
- sucres : 0,63g/l
- chlorures : 7,10g/l

Evolution : ?

Diagnostic : -Little ?
- SEP ?

13 - Patricia J..... 13 ans, 1964

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- précédée d'un épisode d'algie faciale avec adénopathies cervicales sans éruption.
- enquête virologique : positive.

LCR et son évolution :

liquide	éléments /mmcc	albumine g/l	sucres g/l	chlorures g/l	bactério-logie	culot
clair	25	0,10	0,56	6,35	-	
clair	412	0,25	0,53	7,10		

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : Méningite virale.

14 - Solange G..... 6 ans, 1964

Paralysie faciale périphérique droite.

Signes associés :

- isolée
- recherche virale : négative.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 2/mmcc
- albumine : 0,10g/l
- sucres : 0,54g/l
- chlorures : 7,30g/l

Evolution : stationnaire

Diagnostic : "a frigoré".

15 - Alain S..... 3 ans, 1964

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- isolée
- précédée d'un discret épisode rhinopharyngé.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 1,4/mmcc
- albumine : 0,15g/l
- sucres : 0,65g/l
- chlorures : 7,15g/l

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : "a frigoré".

16 - Isidore G..... 20 mois, 1965

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- contexte infectieux et adénoïdien général
- otite purulente bilatérale.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 1/mmcc
- albumine : 0,10g/l
- sucres : 0,50g/l
- chlorures : 7,01g/l
- bactériologie : négative

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : "a frigoré".

17 - Laurent T..... Nouveau-né 1966

Paralysie faciale périphérique droite.

Signes associés :

- apparue au 5ème jour de la vie
- précédée d'un hémispasme facial droit
- température normale
- otite bilatérale

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 1/mmcc
- albumine : 0,20g/l
- sucres : 0,50g/l
- chlorures :

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : Otite.

18 - Jacques G..... 5 ans, 1966

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- isolée
- otites et rhinopharyngites à répétition
- oreillons un mois auparavant
- enquête virologique : négative.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 1,6/mmcc
- albumine : 0,10g/l
- sucres : 0,50g/l
- chlorures : 7,50g/l

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : "a frigoré".

19 - Didier B..... 9 ans, 1969

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- isolée
- terrain : otites et rhinopharyngites à répétition.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 2,2/mmcc
- albumine : 0,10g/l
- sucres : 0,68g/l
- chlorures : 6,70g/l

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : "a frigoré".

20 - Christian M..... 12 ans, 1969

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- contexte fébrile
- terrain : hémiplégie gauche infantile en rééducation
- enquête virologique : positive.

LCR et son évolution :

liquide	éléments /mmcc	albumine g/l	sucres g/l	chlorures g/l	bactériologie	culot
louche	256	0,30	0,50	7,10	-	cellules mononuclées : 60 % lymphocytes 40 %
louche	570	0,40	0,60	7,20	-	cellules mononuclées : 98 % lymphocytes 2 %
clair	26	0,25	0,50	7,20	-	cellules mononuclées

Evolution : régression lente.

Diagnostic : Méningite virale.

21 - Roseline C..... 10 ans, 1970

Paralysie faciale périphérique gauche.

Signes associés :

- terrain : rhinopharyngites à répétition
- isolée cliniquement
- enquête virologique : négative.

LCR :

- liquide : clair
- éléments : 2/mmcc
- albumine : 0,20g/l
- sucres : 0,50g/l
- chlorures : 7,02g/l

Evolution : régression lente sous Corticoïdes.

Diagnostic : "a frigoré".

22 - Olivier B..... 12 ans, 1972

Paralysie faciale périphérique droite.

Signes associés :

- d'apparition brutale, sans signe neurologique
- troubles du sommeil, myalgies et céphalées
- secondaire à un syndrome infectieux
- modérée
- enquête virologique : positive.

LCR et son évolution :

liquide	éléments /mmcc	albumine g/l	sucres g/l	chlorures g/l	bactériologie	culot
légèrement louche	330	2	0,40	7,20	-	90% Lympho.
clair	280	0,80	0,53	7,20	-	90% Lympho.

Evolution : régression lente sous corticoïdes.

Diagnostic : Méningite virale.

D I S C U S S I O N

En considérant les 22 observations de paralysie faciale périphérique acquise de l'enfant, nous constatons que le LCR présente des modifications dans sept d'entre elles, soit environ 30 % des cas.

Les principales étiologies en rapport avec cette modification sont :

- poliomyélite : 2 cas (8 %)
- méningite virale : 5 cas (22%)

L'absence de modification du LCR (70 %) est en rapport avec d'autres étiologies :

- "a frigoré" : 11 cas, où la paralysie faciale est absolument isolée cliniquement et biologiquement.
- otite : 2 cas
- divers : 1 cas.

L'étiologie poliomyélite est bien connue et donne habituellement une réaction méningée lymphocytaire. Mais nos deux observations se rapportant à cette étiologie datent d'avant 1960, époque où la vaccination antipoliomyélite n'était pas encore généralisée. En outre, le diagnostic était imprécis et reposait sur les éléments suivants :

- réaction lymphocytaire du LCR
- absence de vaccination antipolio
- le virus polio était retrouvé dans les selles.

- quant à l'étude sérologique de la polio, elle n'était pas encore de pratique courante.

On peut noter que l'absence d'étude sérologique ainsi que l'évolution favorable de certaines de ces paralysies faciales rendent l'origine poliomyélitique incertaine. On peut alors parler de paralysies faciales "a frigoré".

Toutefois, les modifications du LCR observées dans ces cas font penser à une méningite virale mais non poliomyélitique. Enfin, à partir de 1960, il est rarement fait allusion à l'origine poliomyélitique qui n'est devenue qu'un diagnostic d'élimination en raison de la généralisation de la vaccination qui est obligatoire.

Dans notre étude, l'étiologie majeure des paralysies faciales périphériques isolées avec LCR modifié est la méningite virale non poliomyélitique. Elle est retrouvée dans 22 % de nos observations.

Cliniquement, on ne note aucun élément du syndrome méningé, tout au plus trouve-t-on parfois :

- un contexte fébrile
- un terrain : rhinopharyngites ou otites à répétition
- céphalées et myalgies.

Leurs manifestations sont essentiellement biologiques ainsi que le montrent la posivité des réactions virales sérologiques et les modifications du LCR, sans lesquelles elles entreraient dans le cadre des paralysies faciales dites "a frigoré".

L'enquête virale est positive dans 80 % des cas où un LCR pathologique est retrouvé. Le virus en cause

n'est pas spécifique : souvent c'est un adénovirus témoignant du caractère primitif de la méningite, ailleurs il s'agit d'un virus en rapport avec un foyer localisé (1 cas de méningite ourlienne dans nos observations) mais qui était cliniquement inapparant.

Mais les modifications du LCR sont plus significatives, confirmant l'origine virale méningitique de la paralysie faciale isolée. Ces modifications permettent en outre de suivre l'évolution. Elles n'intéressent que trois éléments du LCR :

- L'aspect du liquide est variable : il est le plus souvent louche (75 %), jamais hématique. Il redevient très rapidement normal.

- Les éléments cellulaires :
  sont constamment augmentés, dépassant habituellement 50/cc et atteignant dans certains cas 400 à 500/cc. Le culot montre qu'il s'agit habituellement de grandes cellules mononuclées et de lymphocytes, rarement de polynucléaires altérés.
  Au cours de l'évolution, le chiffre des éléments revient progressivement à la normale.

- L'albumine :
  est augmentée dans 60 % des cas où un LCR pathologique est retrouvé.
  Cette augmentation n'est jamais isolée, elle accompagne toujours les modifications cellulaires et souvent dans le même sens.
  Enfin, elle est variable (0,40 à 2g/l).

Les autres éléments du LCR ne sont pas modifiés :

- sucres et chlorures sont toujours normaux.
- l'examen bactériologique est toujours négatif.

L'évolution des modifications du LCR n'est pas parallèle à l'évolution clinique de la paralysie faciale. Celle-ci, bien que généralement favorable, régresse lentement (1 à 6 mois sous corticoïdes), tandis que le LCR redevient normal assez rapidement (6 à 30 jours).

Telles sont les modifications du LCR qui marquent les méningites virales asymptomatiques qui accompagnent les paralysies faciales périphériques isolées. On peut noter que ces modifications évoquent celles des paralysies faciales pour lesquelles une origine poliomyélitique était avancée. A la lumière de cette étude et en raison de leur évolution favorable nous pouvons les considérer comme des paralysies faciales en rapport avec une méningite virale non poliomyélitique et asymptomatique.

C O N C L U S I O N

Devant une paralysie faciale périphérique de l'enfant, même si elle est isolée, il faut faire une ponction lombaire, avant de la ranger dans le cadre des paralysies faciales dites "a frigoré". L'étude du LCR montre des modifications, dans 1 cas sur 5, en rapport avec une méningite virale asymptomatique mais confirmée très souvent par l'enquête virale sérologique.

Cette méningite est le plus souvent primitive, parfois secondaire à un foyer localisé.

Il est permis de penser que le nombre des paralysies faciales isolées entrant dans ce cadre étiologique soit plus élevé puisque un certain nombre de dossiers soumis à cette étude ne comportait pas d'étude du LCR. De plus, si on range dans ce cadre un certain nombre de paralysies faciales mal étiquettées, on peut dire que la méningite virale asymptomatique (non poliomyélitique) représente en réalité 25 à 30 % des causes de paralysie faciale périphérique et isolée de l'enfant, ce qui contribue à diminuer l'importance du chapitre des paralysies faciales "a frigoré".

B I B L I O G R A P H I E

ALAJOUANINE (Th) et NICK :

Le larmoiement prandial homolatéral, complication de la paralysie faciale (Syndrome des larmes de crocodile). Revue Neurologie. 1953, 88, p. 45)

ANSON (B.J.), HARPER (O.G.) et WARPEHA (D.L.) :

Anatomie chirurgicale du canal facial et du nerf facial. (Ann. of ORL. Sept. 1963, 63, 72, n° 3, 713-734).

AUBRY (M) :

Chirurgie du nerf facial.
Masson ed. pp. 286-284
Paralysie faciale traumatique.
(Acta ORL Belgica, 1964, 18, n° 1, 67).

ALLEN :

Intra oral splint for F.P.
(Brit. Dent. J. 85, 213, 1948).

ARATO :

Melkersson's syndrome.
(ORL Italy. 18, 212, 1949).

ARNULF (B) :

Infiltration stellaire.
(Paris Masson 1947, p. 75-77).

BABONNEIX :

Paralysies faciales chez l'enfant.
(Paris Med. 1935 II, 259).
Réactions méningées chez l'enfant.
(Paris Masson 1932).

BOGERT (F) :

Familiar facial paralysis.
(Arch. of Pediat. 51.262 1934).

BENEVANT (R.G.) :

Les indications chirurgicales dans la paralysie faciale.
(Points de vue ORL du Val de Grâce. 1958. t.V).

BENOIS (J) :

La paralysie faciale "a frigoré".
(Points de vue ORL du Val de Grâce. 1958. t.II).

BERGOUIGNAN (M) et MONTOUROY (R) :

Le syndrome de Melkersson-Rosenthal.
Sa valeur nosographique.
(Revue oto - neuro - opht. 1956, 28, n° 5, 317).

BLOCH (A), BOURGEOIS (R), ABOULKER (P) et LEFEVRE (J) :

Le traitement chirurgical des paralysies faciales otologiques.
(Rapport au Congrès de 1950 de la Société Française d'ORL, 1950, 57, 103-305).

BOISSEAU et CABANIEU :

A propos d'un cas de paralysie faciale chez un allergique.
(Annales ORL. Octobre-Novembre 1957, 74, n° 10-11).

BONDUELLE (M), FAVERET (C.F.) et ZARRINDJAM (a) :
La paralysie faciale "a frigoré".
(Revue du Praticien, Juillet 1958, 8, n° 19).

BOUCHE (J) :
Le traitement chirurgical des paralysies faciales.
(Actualités ORL. 1948. p. 165).

BOUDIN (G) et NICK (J) :
Les méningites à liquide clair.
(Encyclopédie Médico-chirurgicale, Neuro II, 17160).

BOURRIE (J) :
Etude à propos d'un cas de cyclite avec paralysie faciale.
(Thèse Paris, 1955).

BARRAUD (W) :
Traitement de la paralysie faciale "a frigoré".
(Société Française ORL. 1925).

BERGSTROM (E) :
Rhumatic facial paralysies.

BLUMLEIN (H) :
Diagnosis of peripheral facial paralysis.
(Laryng. Rhin. Otol. 28, 341, 1949).

CHARRA (A) and D. CHARACHON :
Paralysie faciale au cours d'une MNI.
(Pédiatrie 17 952. 1962).

CHOROBSKY :
Le syndrome des larmes de crocodile.
(Arch. Neuro. psych. Mars 1951, 65, 299-318).

CAUSSE :

Considérations sur l'étiologie de la paralysie faciale "a frigoré".
(Ann. ORL. 1927, p. 973).

CETINGIL et BELER :

Paralysie faciale et tétanos. (1951).

DODGE (F.R.) et POSKAUZER (D.C.) :

Réponse aux anticorps (virus du zona, de la varicelle et de l'herpès) chez les sujets atteints de paralysie faciale "a frigoré".
(Neurology, Janvier 1962, 12, n° 1, 34-35).

DUHOT :

Névrites par ischecines.
(Bibl. de Neuro et Psych. Maloine édit. 1932, VI, 1175).

DEREUX :

Revue Neurologie. 2, 120, 1953.

DEJERINE :

Zona de l'oreille avec paralysie faciale.

ELIE :

Paralysie faciale périphérique.
(113 200, 1960, vol. 187, n° 84).

ESCALANTE (S) :

Un signe de douleur oculaire dans la paralysie faciale "a frigoré".
(Rev. Neuro Psych. Mars 1959, 22, n° 1, 117-122).

FARJAT (F.J.) et MACCIO (R.F.) :
Paralysie faciale "a frigoré".
La décomposition chirurgicale dans les cas non améliorés par le traitement médical.
(Prensa Med. Argent. 3 Mars 1961, 48, n° 9, 556-560).

FEINSTEIN (B) :
The application of EMG to affections of Facial.
(Proc. Soc. Med. 39, 817, Oct. 1946.
Journal ORL 61, 554, Oct. 1946).

GIPPERICH :
Syndrome de Melkersson.
(Journal de Clinique Médicale, MAI 1951, 32, 519).

GODIN (O) :
Le traitement des paralysies "a frigoré" par les infiltrations péri-artérielles.
(Acta Neuro. psych. Belgica, Septembre 1952, 52, n° 9, 555-572).

GREINER (G) :
Paralysie faciale "a frigoré" et son traitement actuel.
(Actualités ORL. 1956, 159).

GREINER (G) et KLOTZ (G) :
Paralysies faciales
(Encycl. Med. Chirurg. ORL. t.I, 260, AIO).

GUERRIER :
Les artères du nerf facial.
(Bulletin société ORL, Lyon 1951, 4, 83).

GALLAVARDIN :

Hypertension artérielle et paralysie faciale périphérique.
(La Médecine. Paris n° 4, 17, Mars 1936).

GIRAUD et BERAUD :

Radiothérapie dans les paralysies faciales "a frigoré".
(Lyon Méd. 176, n° 46, 311, Nov. 1946).

GUTTMAN (Mr) et SIMON :

Arch. Otol. Chicago. 54/2, 162, 1951.

HARRISSON (M) and PARKER :

Congenital Facial Diplegia.
(Med. J. Aust. 47 i 650, 1960).

HILGER (J.A.) :

Nature de la paralysie de Bell.
(Bull. Univ. Minnesota. Hosp. Oct. 1949, t.21, 5, 63).

JOMEAU Jean :

Paralysie faciale périphérique.
(91 138, 1959, n° 6. Thèse Bordeaux).

JOHNSON (E) and STOESSER (A.V.) :

Relapsing facial paralysis in the same family.
(Arch. of Ped. 54, 726, 1937).

JACOBS (E.M.) et COLONY (H.S.) :

La paralysie faciale périphérique idiopathique.
(J. Nerv. Ment. Avril 1955, 121, n° 4, 378-380).

JONGKEES (L.B.W.) :

- Traitement des paralysies du VII "a frigoré".
  (Société Française ORL. Congrès 1955. Arnette).
- L'histologie de la paralysie faciale "a frigoré".
  (Acta ORL Belg. 1955, 9, n° 3, 332-336).
- Le traitement de la paralysie faciale de Bell.
  (Neurology, Octobre 1957, 7, n° 10, 697-702).
- La paralysie faciale (Conclusions).
  (Acta ORL Belg. 1964, 18, n° 1, 67).

JUNIN (D) :

Paralysie faciale dite "a frigoré".
(Thèse de Paris).

KETTEL (K) :

- Neurinome du nerf facial.
  (Arch of otol. 1950).
- Paralysie faciale périphérique.
  (Arch of otol. 1950).
- Paralysie faciale ischémique; résultats de la décompression du nerf facial dans 108 cas.
  (Acta ORL. 1954, 116, 155-165).
- Les paralysies faciales périphériques dues aux tumeurs.
  (Arch of oto-laryng. Mars 1959, 69, n° 3).
- Réparation des lésions traumatiques du nerf facial intra-temporal.
  (Annals of ORL Saint Louis, Septembre 1963, n° 3).
- Chirurgie du nerf facial intra-temporal.
  (Acta ORL Belgica, 1964, 18, n° 1, 19-30).

KLOTZ (M) :

La paralysie faciale "a frigoré".
(Gaz. des Hop. 16 Avril 1949, 122, n° 16, 197-200).

KRARUP (B) :

Les réactions gustatives des malades atteints de paralysie de Bell.
(Acta ORL. Septembre-Octobre 1958, 49, n° 5, 389-399).

KRISCHEK :

Un symptôme de poliomyélite.
(Aerztl, Juin 1950, 5).

LOTTE (J), FOSSARD (J) et MOULY (R) :

Nerf facial, Anatomie et physiologie.
(Internat des Hôpitaux de Paris, XIV, 1-26).

LABARDIE (J.P.) :

Contribution à l'étude de la chirurgie plastique de la paralysie faciale. Le ressort palpéral.
(Th. Med. Paris 1961, n° 858).

LAUMANS (E.P.J.) et LONGKEES (L.B.W.) :

Sur le pronostic de la paralysie faciale périphérique d'origine eudo-temporale.
(Ann. of ORL. Sept. 1963, 72, n° 3, 621-636).

LUKASZEWICK DANCOWA :

The role of the poliomyelitis virus in the peripheral isolated paralysis of the facial nerve in children.
(1961).

MARTIN (H) :

Neurinome du VII dans la caisse du tympan.
(Bull. Sté ORL, Lyon, 1950, 113, 225).

MADURO (R) :

Ann ORL. Paris 1950, 23, 187.

NOBECOURT (P) :

A propos de plusieurs paralysies faciales observées simultanément chez des enfants.
Remarques sur leur étiologie.
(Arch. de Médecine des enfants 28, 3, 137, 1925).

PANEBIANCO (G) et MANARA (E) :

Le syndrome de Melkersson-Rosenthal.
(ORL, Italy, 1957, 25, n° 6, 493-505).

PAINE (R.S.) :

Facial paralysis in children.
Review of the differentials diagnosis and report of ten cases treated with cortisone.
(Pediatrics. 19.303, 1957).

PICKERILL (H.P. et C.M.) :

Paralysie de Bell.
(Brit. Med. Jour. Oct. 1945, 457).

SCHACHTER (M) :

La paralysie faciale périphérique "a frigoré" chez l'enfant.
(Cliniq. Pediatr. 15.503, 1933).

SAGILD :

Syndrome de Melkersson.
(Lligeskrift for Laeger, Juin 1951, 113, 831).

SCHULTHESS (G von) :

Les indications de la libération chirurgicale du facial.
(Praticra ORL. 1962, 24, n° 5, 289-295).

SCHOTT (B), BOUILLAT (G), BOURRAT (Ch) et VAUZELLE :
Le syndrome de Melkersson-Rosenthal, à propos d'une observation clinique.
(Rev. Neuro. Mai 1963, 104, n° 5, 397-402).

SENECHAL (G) et NEVEU (M) :
Eléments ORL.
(Editions Médicales Flammarion 1964, p. 78-81).

SIGWALG (J) :
Paralysie faciale.
(Encycl. Med. Chirurg. "Neuro" II, 17.087, 5).

SKINNER :
Le traitement de la paralysie de Bell par l'histamine.
(Ann. otol. Saint Louis 1959, 59, 197).

STAPLETON (T) :
Paralysie faciale et poliomyélite.
(Lancet, Sept. 1949, 2, 510).

SULLIVAN et SMITH (J.B.) :
Paralysie de Bell.
(Ann. ORL, Décembre 1950, 50, 1148).

SOUQUES (A) :
Zona cervical et paralysie faciale.
(Rev. Neuro. 1914, n° 9, 625-628 et 736-737).

SOLEIL :
Paresie faciale par dent incluse.

TAVERNER (D) :

La paralysie de Bell.
Etude clinique et électromyographique.
(Brain, 1955, 209-229).

TERRACOL et GUERRIER :

Artères du VII.
(Bull Sté Fse ORL, 1950, 2ème partie, 91).

TERRIER (G) :

A propos des paralysies faciales périphériques récidivantes et alternantes.
(Rev. oto-neuro-opht. 1956, 28, n° 8, n° 12).

THIEBAUT (F) :

Etiologie et physio-pathologie de la paralysie du nerf facial.
(Acta ORL Belgica, 1964, 18, n° 1, p. 7).

VAN OPPENRAAY (G.A.M.) :

Le diagnostic dangereux : "Paralysie de Bell".
(J. Of ORL. Fev. 1959, n° 2, 133-135).

WORMS et CHAMS :

Les angiospasmes rétiniens dans les paralysies faciales "a frigoré".
(Sté opht. Paris 21 févr. 1931).

ZOPFF Gertrud :

Paralysie faciale périphérique chez l'enfant.
(91.145, 1967, 58).

Vu, le Président de Thèse

Mr. le Professeur LAPLANE

Vu, le Doyen de la Faculté
Broussais - Hotel Dieu

Mr. le Professeur MILLIEZ

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET